

хирургического лечения (прежде всего – острый блокированный (без секвестрации) абсцесс легкого и гангренозный (с секвестрацией) абсцесс легкого);

- созданный патологический очаг должен во всех случаях иметь одинаковые локализацию, размеры, микробный пейзаж и содержание микроорганизмов;

- размеры созданного абсцесса легкого должны позволять выполнять запланированные хирургические вмешательства и проводить оценку их эффективности;

- модель должна иметь высокую воспроизводимость, близкую к 100%, чтобы минимизировать число лабораторных животных, у которых не удастся создать целевой патологический субстрат в легком.

Выводы. Разработка экспериментальных моделей, соответствующих представленным требованиям, позволит выполнять сравнительную оценку и повышать эффективность существующих, разрабатывать и проводить доклиническую апробацию новых научно обоснованных методов хирургического лечения острых абсцессов легких, что может способствовать улучшению результатов лечения данной патологии в клинической практике.

Литература:

1. Лечение острых абсцессов легкого без секвестрации / Я.Н. Шойхет [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 9. – С. 55–59.

2. Абсцесс и гангрена легкого: эволюция методов лечения / О.О. Ясногородский [и др.] // Новости хирургии. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 150–158. doi: 10.18484/2305-0047.2020.2.150.

3. Шуркалин, Б. К. Руководство по экспериментальной хирургии / Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, А. П. Фаллер. – М. : Издат. холдинг «Атмосфера», 2010. – С. 6.

4. Лаптев, А. Н. Этиология острых гнойно-некротических деструкций легких и острых эмпием плевры / А. Н. Лаптев // Мед. панорама. – 2009. – № 12. – С. 47–48.

УДК 616.441-006.6”1987/2018” (476)

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 1987-2018 ГОДЫ

Кожар В.Л., Луд Н.Г., Соболев В.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. С 1986 по 2003 год заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) у женщин непрерывно увеличивалась с 2,1 до 21,5 пациенток на 100 000 женского населения. С 2003 по 2018 год произошла относительная стабилизация среднереспубликанского показателя заболеваемости на уровне 18,2-21,4. Общий прирост числа новых случаев заболеваний РЩЖ за 10 лет составил только 12,3% [1]. Считается, что рост заболеваемости связан с последствиями Чернобыльской катастрофы, а основным контингентом риска остаются лица, облученные в детском и подростковом возрасте. В группе риска также лица, облученные в возрасте от 18 до 50 лет. Тем не менее, в настоящее время регистрируется и детская заболеваемость РЩЖ, которая значительно уменьшилась.

Среднестатистические показатели заболеваемости не отражают особенности заболеваемости в регионах, проанализировать которые имеет практическое значение.

Цель работы. Изучить заболеваемость РЩЖ по регионам Республики Беларусь с 1987 по 2018 годы.

Материал и методы. Изучены материалы канцер-регистров Республики Беларусь с 1987 по 2018 годы.

Результаты и обсуждение. В 1987 году заболеваемость РЩЖ по регионам была среди женщин: Брестская область – 1,7; Витебская область – 3,1; Гомельская область – 4,9; Гродненская область – 3,5; Минская область – 1,2; Могилевская область – 3,0; г.Минск – 4,0.

Через 5 лет после Чернобыльской аварии заболеваемость РЩЖ повысилась до 6,0-9,0 женщин на 100 000 женского населения. На 1-м месте по заболеваемости, как можно было предположить, находилась Гомельская область. Тем не менее, рост заболеваемости и в других

регионах привел к тому, что на этот отрезок времени показатели заболеваемости близки друг к другу. Несмотря на то, что юго-восточные районы Брестской области (Полесье) вошли в зону с высокой радиоактивностью, заболеваемость РЩЖ здесь была наименьшей по Республике Беларусь – в пределах 1,5-3,0.

Через 10 лет в 1997 году наибольшая заболеваемость отмечалась в Гомельской и Могилевской областях, что соответствовало радиологическим прогнозам, степени радиоактивной загрязненности этих регионов. Следует отметить и высокую заболеваемость РЩЖ в г. Минске, что возможно связано с миграцией населения из загрязненных районов. Отмечено отсутствие роста заболеваемости в Гродненской области.

Через 15 лет к 2002 году отмечается резкий рост заболеваемости РЩЖ в Могилевской области, который продолжался до 2012 года. В этом временном промежутке самые высокие показатели заболеваемости зафиксированы в районах Могилевской области. На втором месте – заболеваемость в Гомельской области, на третьем – Минск. Самая низкая заболеваемость по-прежнему в Гродненской области. Это является особенностью данного региона.

С 2007 года начинается стабилизация заболеваемости в Гомельской, Минской и Витебской областях и г.Минске.

С 2012 по 2018 годы происходит снижение заболеваемости в Могилевской области до среднереспубликанских показателей. Показатели заболеваемости к этому периоду в Гомельской, Витебской, Минской областях и г.Минске в пределах 18,0-21,0, что соответствует среднереспубликанскому уровню.

С 2012 года по настоящее время выявлен необычный феномен резкого повышения заболеваемости в Брестской области. Заболеваемость в этом регионе превысила 30,0 и достигла 35,0 на 100 000 женщин в 2017 и 2018 годах. Такой заболеваемости не было ни в одном регионе Республики Беларусь.

Выводы.

1. Наиболее высокая заболеваемость РЩЖ за период наблюдения с 1987 по 2018 годы отмечена в регионах Республики Беларусь, наиболее пострадавших после Чернобыльской аварии – причем в Могилевской области выше, чем в Гомельской.

2. С 2012 года наблюдается значительный рост заболеваемости РЩЖ среди женщин Брестской области, достигших к 2018 году самых высоких показателей (35,0 на 100 000 женщин), зарегистрированных в Республике Беларусь.

Литература:

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009-2018гг. / А.Е.Океанов [и др.] ; под ред. О.Г. Суконко. – Минск : Нац. библиотека Беларуси, 2019. – 422 с.

УДК 617.7-007.681-08

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ПРИ УТРЕННИХ ИНСТИЛЛЯЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Королькова Н.К., Герасимова О.В., Приступа В.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время аналоги простагландинов (АП) все шире назначаются в качестве гипотензивного средства терапии первой линии у пациентов с впервые выявленной открытоугольной глаукомой. Данная группа препаратов снижает внутриглазное давление (ВГД) путем усиления увеосклерального оттока водянистой влаги. Согласно инструкции, глазные капли применяются один раз в день и сохраняют максимальный терапевтический эффект при таком режиме закапывания в течение 24 часов. В большинстве случаев инстилляции препарата проводят вечером, в 21-22 часа, нивелируя тем самым возможные местные побочные эффекты, проявляющиеся раздражением глаза, гиперемией конъюнктивы, затуманиванием зрения, чувством